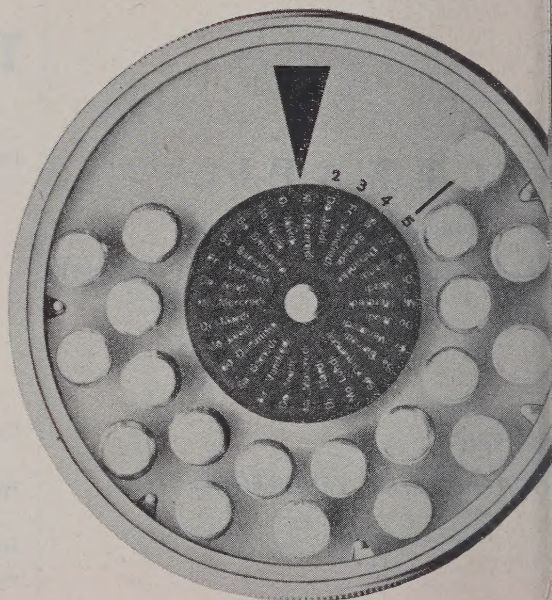
SINT LUCAS TIJDSCHRIFT

1965 nr. 1

INHOUD:

Veiligheidsverpakking, voorzien van een schijf met vermelding der dagen van de week, die een nauwe kontrole van de innamen mogelijk maakt

C I B A



Regulator van de cyclus

Noracycline

Verpakking met 20 tabletten
voldoende voor een cyclus
1 tablet per dag,
van de 5e tot de 24e dag

ontmythologisering van de arts

Naar aanleiding van het 3de en 4de nummer (63) *van het Oostenrijks-Duits artsentijdschrift «Arzt und Christ» verscheen in «Soteria», het orgaan van de Protestants-Christelijke Artsenorganisatie in Nederland een bespreking over een artikel van Prof. Dr. Eberhard von Hauff, Freiburg i. Breisgau.*

Als de arts zelf volwassen wordt, komt hij «bij» met zijn tijd. Om dus «bij» te geraken lichtte de redactie deze bespreking uit «Soteria» met toelating van de Nederlandse redactie. Uiteraard is kritiek op Hauff's artikel zeer goed mogelijk. Ook al wordt deze wellicht nooit geschreven, toch nodigt de lectuur van Hauff's tekst ons tot zelfdiscipline... wat wij allen kunnen gebruiken.

Deze titel zou meer passend geweest zijn voor wat **Eberhard von Hauff schreef over Mögliche Erziehungsaufgaben des Arztes in der Familie und für sie»**. Het is één van de voordrachten, gehouden op de XVe Deutsche Arztetagung für medizinisch-theologische Gemeinschaftsarbeit, gewijd aan «Die heutige Familie und der Arzt». Naar de inhoud gaat het meer over de opvoeding van de arts zelf dan van wie aan hem zijn toevertrouwd. De probleemstelling wordt toegelicht met een uitvoerige sociologisch-psychologische analyse.

«Wat is een gezin en wat was het vroeger? Volgens onze tegenwoordige opvattingen is een gezin biologisch: **vader/moeder en kind(eren). Psychologisch schijnt dat ook zo te zijn.** De wijze van beleven is echter niet de som van vaststaande objectieve gegevens, maar vloeit voort uit dynamismen. Vooral dieptepsychologie en dierpsychologie hebben essentiële bijdragen geleverd tot de beantwoording van deze vragen.

In de biologie is het vanzelfsprekend om aan te nemen, dat de groeiprocessen verlopen zonder bewust ingrijpen of besturen door het individu. Het is nog niet zo lang geleden, dat men ook het afwikkelen van handelingen ging beschouwen als van tevoren vastliggende, volgens vaste banen verlopende, zij het «hochdynamische» levensprocessen, die ook weer slechts zelden bewust worden bestuurd en waaraan zelfs bij dieren, die op een hoge trap van ontwikkeling staan, weinig valt te veranderen».

Bij de hogere dieren bleken voor deze processen vooral twee soorten te onderscheiden; het verschil wordt met een paar voorbeelden duidelijk gemaakt.

1. Kunstmatig uitgebroede jonge eendjes vluchten voor de schaduw van een overtrekkende roofvogel, maar worden aangelokt door de schaduw van een vliegende eend. Hier ligt het prikkelreactieverloop vast vanaf de geboorte, ongeleerd.

2. Kunstmatig uitgebroede jonge gansjes volgen het eerste het beste levende wezen, bijv. de mens, en beleven dit als moederdier. De reactie ligt hier wel vast, maar niet de interpretatie van de prikkel.

Ook bij de mens vinden wij, dat hij zijn leven lang volgens zeer bepaalde, in zijn psychologische structuur bij voorbaat vastliggende, belevingspatronen reageert en zich ontplooit: de archetypen van Jung.

«Zo zijn de mogelijkheden om vader, moeder en kind te beleven, psychologisch noodzakelijke grondstructuren van het psychische beleven. Om zich te kunnen ontwikkelen heeft de mens deze belevingsgrondslag nodig.

Deze psychologische aanleg moet daarom in de werkelijkheid in de een of andere vorm present en reëel zijn. Gezin is daarom geen maatschappelijke constructie, d.w.z. niet uitgevonden, maar in de mens a priori aanwezig («nicht erfunden, sondern vorgefunden»).

Om het cultuurhistorische palet van gezinsvormen en de juiste houding van de arts tegenover deze gezinnen te begrijpen en te analyseren, moet men intussen deze archetypisch structureel noodzakelijke «belevingsgrondwet» zien in zijn relatie tot de historische en culturele concrete verschijningsvormen van de archetypen».

Er wordt dan verder onderscheid gemaakt tussen voor de ontwikkeling onmisbare en niet noodzakelijke, cultureel bepaalde «sozialarchetypen».

In de gezin-loze maatschappij van Plato's Staat wordt de voortplanting ten onrechte als een puur biologische reproductie-vorm beschouwd. Dit is in de communistische landen experimenteel getoetst. In Communistisch China mislukte het, evenals 30 jaar tevoren in Sovjet-Rusland. Moskou heeft daarom, interesssant genoeg, op grond van zeer reële eigen ervaringen, tegen het Chinese experiment geageerd. Het gaat dus kennelijk niet om een ideologisch gepreformeerde school- en wereldbeschouwingstheorie.

Gezin is primair niet voor het voortbrengen, maar voor het grootbrengen, d.i. de ontplooiing en de instandhouding van de mens (zowel kind als volwassene), vereist en daarom een in elk opzicht onmisbare grondvorm van menselijk-maatschappelijk bestaan, waaraan niet valt te tornen. Dat geldt zelfs in zulk een mate, dat de mens, als hij het gezin niet in zijn grondvorm aantreft, zich daarvoor noodzakelijk een vervangmiddel zoekt en zoeken moet, eenvoudig om als mens te kunnen existeren».

Ook als men uitgaat van de psychologische archetypenleer, komt men tot de conclusie dat structureel noodzakelijke grondrelaties en belevingswijzen beperkt blijven tot het gebied van de z.g. «Kernfamilie».

«De in onze bestaande beschavingstraditie bekende «Grossfamilie» is wel gebaseerd op archetypische structuren, die geconcretiseerd zijn in de figuren van grootouders, ooms en tantes, maar deze zijn voor het in stand houden van de psychische en sociaalculturele persoonlijkheid niet beslist noodzakelijk. Men noemt ze «Kulturbedingte Archetypen».

In sprookjes kunnen we beide soorten archetypen terugvinden. Het is nu interessant, dat in het sprookje, als wij dat als uitdrukkingsvorm van mythologische psychologie beschouwen, de figuren van broers en zusters van de ouders niet expliciet optreden, maar opgaan in de figuren van vader en moeder. Het zou te ver voeren, deze bewering hier met feiten te staven, maar het is goed, haar in gedachten te houden, omdat zij grote betekenis heeft, als wij trachten te bepalen in hoever de dokter bij het gezin hoort. In het volgende gedeelte wordt dit feit uitvoerig uiteengezet in termen van maatschappij- en beschavingspsychologie.

Het psychologische verdwijnen van deze archetypen in onze tegenwoordige samenleving is compleet. Zo worden oom en tante voor het grote-stadskind pure synoniemen en equivalenten voor man en vrouw. Wij zullen verderop nog zien, hoe weinig psychologische inhoud de figuur «oom dokter» nog heeft. Hiermee zijn wij gekomen tot de eigenlijke kern van het referaat: **De mogelijke opvoedings-**

taak van de arts in en voor het gezin. Wij komen voor de taak te staan, op grond van psychologische en sociologische analyses, een ontmythologisering van de artsfiguur te voltrekken. Zonder dat de arts zich zijn psychologische en sociologische plaats temidden van het gezin helder bewust maakt, d.w.z. zonder dat hij «sachlogisch» in een juiste verhouding tot het gezin komt te staan, zal hij deze opvoedingstaak op grove wijze misverstaan, ideologisch tot iets van hogere waarde maken en daarmee falen».

Hier wordt het gebrip «rol» ingevoerd: «onder rol verstaan wij een maatschappelijke, d.i. een objectief geïnstitutionaliseerde belevingswijze van een in zijn sociale samenhang a priori vastliggend concreet gegeven, waaraan door het individu inhoud moet worden gegeven in de vorm van een verwacht, met sancties beladen en beloond gedragspatroon. De samenleving verwacht dat men zich zó en niet anders gedraagt, deze rol speel[t], zich aan deze regels houdt. De in de «institutionelle Erlebnisstruktur» mede bepaalde rol-patronen zijn onderhevig aan een culturele dynamiek: zij veranderen met de loop van culturele en historische ontwikkeling.

De oudste rolvoorstelling van de arts is de **chamaan**, een produkt van een beschaving, waarbij een strenge aanpassing en onderwerping bestaat aan een oppermachtige natuur. De mens volgt de kudden en voedt zich met de vruchten, die de natuur hem vrij toewerpt.

«Parallel hiermee heeft zich ontwikkeld de **stamhorde** of **stamkudde.** De chamaan is een lid van deze stam, maar beschouwt zich als werktuig van het totem, d.i. het stamdier, als stamvader van deze groep. Slechts via het totem kan deze, aan de natuur bijna onvoorwaardelijk onderworpen stam invloed uitoefenen». De chamaan is arts, priester en vaak ook opperhoofd.

In de **agrarische** structuur is het rol-patroon van de arts heel anders. De mens leert de natuur, die ontgoddelijkt en gematerialiseerd wordt, beheersen. Toch blijft de natuur een zelfstandige grootheid, nog goddelijk in zover als hij door vermenselijkte goden, resp. door de zichzelf openbarende God wordt beheerst. «De mens staat in dienst van deze wel door goden of God beheerste, maar toch zelfstandig werkende natuur. De familiegroep, die nu een vaste woonplaats heeft gekregen, is de dienstverleningseenheid, die aan deze natuur is toegevoegd. Natuur en sociale orde ontwikkelen zich volgens een theologisch natuurrecht. Dienovereenkomstig (Hippokratische geneeskunde) beschouwt de dokter zichzelf als hiërarchieke dienaar van het goddelijke of liever van de door goden of God «durchwaltete» natuur. Zo is het de taak van de arts om in de mens deze zelfwerkzame natuur tot zijn recht te doen komen (Paracelsus). Deze hiërarchieke, in goddelijke dienst staande artsfiguur is zoals iedere menselijke functie ingeschakeld in de autarkische natuurdiensteenheid van de familie. Deze arts neemt óf deel aan de

oudere vorm van de patriarchale gezinsautoriteit óf, in een jongere vorm, aan de autoriteit van vader en heer van de vorstelijke Oikos». Dit blijft zo tot in de laat-agrarische tijd van het absolutisme. Hij hoort dan bij de vorstelijke oikos als hofarts naast hofnar, hofmusicus, hofmaarschalk, hofonderwijzer en hofgeestelijke. Vroeger had de dokter een ondubbelzinnige rol in de familie. Naarmate de «landsvader» meer wordt verabsoluteerd en «bij de gratie Gods» regeert, heeft een ontwaarding plaats van alle andere bij huis en hof behorende functies. Hierbij wordt ook de arts van zijn waardigheid beroofd en in zijn familiaire en sociale functie gedegradeerd tot huisbediende.

De industriële revolutie leidt tot een tweede absolute cultuurtransformatie. «Het burgerlijke ondernemersgezin neemt de hofarts over als huisarts, als huisbediende, uit bedrijfsmiddelen betaald. Hij wordt joviaal als «oom dokter» in het gezin binnengehaald. Hij «wreekt» zich hiervoor, door het sociale model van de burgerlijke onderneming over te nemen: hij vestigt zich als ondernemer met zijn praktijk, waarin hij zijn capaciteiten naar gelang van zijn technisch kunnen en de wet van vraag en aanbod aanbiedt en laat honoreren.

Dit beeld van de arts geldt nu nog, weliswaar als ideale voorstelling van het artsendom door middel van ideologische motiveringen. Hiernaast ontwikkelt zich een geheel nieuwe vorm van het artsendom, weer parallel met de industriële revolutie: het wetenschappelijke bedrijf. Er ontstaat een **wetenschappelijke geneeskunde** in de zin van een systematische aanpak van speurwerk. Hiermee maakt de arts zich voor het eerst radicaal los van het gezinspatroon: ook hier gaan huishouding en bedrijf uiteen. Dit industriële tijdperk is niets minder dan het einde van de agrarische maatschappij-structuur en het aanbreken van een geheel nieuwe, absolute transformatie van de wereldopbouw, de z.g. technische cultuur. Na het overgangstijdperk zal de dienovereenkomstig flakkerende figuur van de huisarts-als-kleine-ondernemer noodzakelijk moeten worden geïntegreerd in het wetenschappelijk grootbedrijf van medisch onderzoek. Hierdoor ontstaat een systematisch beoefend, wetenschappelijk en organisatorisch gezondheidswezen van technisch grote perfectie. De tot nu toe vrij praktizerende huisarts wordt een institutioneel afhankelijke functiedrager en uitvoerend orgaan van het gezondheidswezen. De arts-patiënt-relatie wordt ontindividualiseerd en verzakelijkt».

Nu is het niet zo, dat de beschreven cultuurhistorische typen hetzij vandaag, hetzij vroeger, ooit in geheel zuivere vorm hebben bestaan. Dieptepsychologisch gezien vinden wij bij de arts van heden al de getypeerde belevingsvormen en «Rolleneinstellungen» present.

«De taak van een culturele aanpassing en persoonsvorming bestaat nu van dieptepsychologisch standpunt gezien juist uit een **verde-**

ling van deze **archaïsche** psychische overblijfsels, **overeenkomstig de oriëntatiepatronen** van de tegenwoordige cultuur. Zo raken in de doktersrol magisch-hiëratische, industriëel-economische, modern-wetenschappelijke en technische praktijken op zeer zonderlinge wijze door elkaar. Te beginnen met de magisch praktizerende pendelaar via de natuurwetenschappelijke heilpracticus en homoeopaat tot en met de feodaal-hiëratisch zich aanstellende chefarts, die, omgeven door de schare van zijn jongeren, als geheimzinnige macht boven het ziekbed opduikt, geheimzinnig met hoofdassistenten en assistenten converseert en de arme patiënt dwingt, zich in gelovig vertrouwen over te geven aan de almacht van zijn kunnen. Daarenboven wordt steeds geprobeerd te komen tot een bewuste of onbewuste vorm van medische standsétiquette. Deze moet voor de dokter zijn godenzoon-achtige positie in de maatschappij bewaren of heroveren. Zo demonstreert de esculaapstaf achter de voorruit sociologisch onschuldig en charmant, maar dieptepsychologisch zeer duidelijk, de cultureel halfslachtige positie van de tegenwoordige arts».

Soms kan een archaïsch gedrag bij patiënten die zelf in het archaïsche zijn blijven steken heilzaam zijn. Vandaag de dag is dat echter geen normaal hulpmiddel meer.

«Hier dient met grote nadruk te worden onderstreept: als we willen spreken over de opvoedingstaak van de arts in en voor het gezin, dan is het eerste principe van een dergelijke pedagogiek om noch bij de patiënt, noch bij zichzelf deze sociale en dieptepsychologische rudimenten aan te kweken, zij het op grond van archaïsche misvormingen van het zelfbewustzijn van de arts, zij het uit pecuniaire overwegingen.

«Die Infantilismen bei seinen Patienten dürfen den Arzt nicht veranlassen, sie durch seine eigenen Infantilismen noch zu zementieren».

Maar al te gemakkelijk komt op onderzoektafel of -bank de patiënt in een staat van onderwerping, waardoor hij wordt geïnfantiliseerd. «Het kunstmatige infantiliseringsproces automatiseert het vader-imago. **Als de arts niet over een grote zelfdiscipline beschikt, accepteert hij graag dit liefdes-aanbod.** De dieptepsychologisch ongeschoolde arts bezwijkt maar al te gemakkelijk voor deze verzoeking en raakt er door verstrikt. Tragisch wordt de situatie voor de moderne arts, als hij deze vaderlijke — ook wel eens niet-vaderlijke — liefdesrelatie als grondmotief voor zijn gehele gedrag als arts tracht voort te zetten op het moment dat de patiënt, als hij van zijn bed opstaat, deze infantiele belevingswijze van zich af wil schudden. **De moderne patiënt,** die in de arts de vakman ziet, is volkomen normaal». En wat het gezin betreft: «Dieptepsychologisch is het een medische kunstfout in het gezin een rol te willen spelen. **In** het gezin heeft de arts geen taak. Als we dan tóch van

een pedagogische taak van de arts in het gezin willen spreken, bestaat die daarin, dat hij zich in zelfbeperking van pseudo-liefde onthoudt en het geweten van de geïnfantiliseerde patiënt terugroept, resp. vormt tot zijn status van volwassene, ook in de ziekte. Positief uitgedrukt: dat de arts er zijn taak in ziet, een zakelijke, discrete raadsman te zijn, als vakman. Daarmee doet hij meer recht aan de mens, is in de eigenlijke zin van het woord humaner. Het dieptepsychologisch geheel ongerechtvaardigde afglijden in een liefdesideologie, dat moest nu eindelijk eens worden ingezien, heeft met theologische Liefde of Caritas niets te maken, maar staat die zelfs in de weg. Het is daarmee onchristelijk, want het verspert de weg naar zelfverantwoording en deemoedige aanvaarding van de ziekte als loutering tot religieuze rijpheid.

Jung zegt: elke neurose is uiteindelijk veroorzaakt door de verstoordheid van de relatie van mens tot God. De taboesituatie, pseudo-vader en liefdesideologie zijn dus medische kunstfouten. Een taboe kan dieptepsychologisch gezien slechts overwonnen worden via het proces van rationalisering en intellectualisering, d.i. door reflexief bewust maken. Dat is: ontmythologisering, onttaboeïsering, ontinfantilisering. Als de arts zelf volwassen wordt, komt hij «bij» met zijn tijd. Het cultuurhistorische proces, dat ik typologisch heb uiteengezet, moet individueel worden ondergaan. Dat betekent in het bijzonder: in plaats van te spelen met een pseudovaderlijkheid en liefdesideologie en een gevaarlijk taboe, een rationeel functioneren van de arts-patiënt-relatie te realiseren. De arts moet zichzelf en de patiënt bewust maken, dat het gaat om dienstverlening in functionele zin, op grond van door zijn beroep gegeven (technische) competentie en dat hij slechts een orgaan van de psychosomatisch interdependente functie- resp. levenstotaliteit moet genezen. Dat hij slechts vakman is voor een zeer beperkt gebied van de levenswerkelijkheid. Zoals de huisarts tot nu toe werd gevormd, faalt hij op grond van de structuur van ons maatschappelijk stelsel en van het krampachtig vasthouden aan zijn cultuurhistorisch achterhaalde rol. Hier valt niemand iets te verwijten: de praktische arts is het slachtoffer van de culturele ontwikkeling. Uitgaande van de kennis van dieptepsychologische wetmatigheden wijzen wij erop, dat pogingen tot beroepspolitieke herwaardering door organisaties van particuliere artsen een simpele ontkenning betekenen van cultuurwetenschappelijke feiten. De huisarts en all-round practicus heeft niet slechts op medisch-wetenschappelijk-sociologische, maar ook op dieptepsychologische gronden in de moderne anthropologische situatie geen plaats meer».

In een zevental deels onderverdeelde punten geeft de schrijver ten slotte op soms wat utopistische wijze aan, hoe hij zich een juiste gang van zaken voorstelt. Heel in het kort komt het op het volgende neer:

1. De arts moet zich strikt beperken tot zijn vakgebied.

2. Functionele samenwerking van diverse vakgebieden en -mensen is verplicht: er bestaat geen totale oplossing meer door de enkeling. Verwijzing naar de specialist moet niet pas plaats hebben als de huisarts het verder niet meer weet.

3. Een specifieke functie van de huisarts is het verdelen van de patiënten over de juiste specialisten. Wat de huisarts zelf kan behandelen, móet hij daarbij ook zelf behandelen.

4. Voor het een en ander is een grondige kennis nodig van de mogelijkheden tot samenwerken, die er bestaan. «Ich halte es für mehr als ein Wortspiel, dass die Ordination eine Koordination werden muss. Eine reine Kooperation wäre nur ein halber Schritt».

5. Een goed georganiseerd gezondheidswezen is onmisbaar.

6. De huisarts en de vrij praktizerende arts zijn daarmee in het gezondheidswezen institutioneel gebonden artsen. Zij zijn de bemiddelaars tussen de functieteams.

7. Als zodanig heeft de arts in het gezin geen taak meer. Het goed geperfectioneerde gezondheidswezen zal aan iedere arts het gebied van zijn competentie toewijzen.

«Daarmee is de arts bevrijd van de voortdurende dwang, taboesituaties te moeten overwinnen. Daarmee is het chamanendom in de moderne artsenwereld eindelijk overwonnen. Dat bestaat hieruit, dat hij evenals de chamaan in de totemcultuur, die tegelijk arts, priester, duivelsbezweerder en stamfilosoof was, behalve als internist, chirurg, psycholoog, psychotherapeut, gynaecoloog, kinderarts, huidarts, oogarts, enz., zo mogelijk ook nog als opvoedings-, huwelijks- en beroepsraadsman en biechtvader optreedt en zelfs gebieden als pedagogiek, filosofie en theologie betreedt. De beperking tot zijn eigen competentie bevrijdt hem niet alleen van een overmatig beroep op zijn geweten en zelfkennis als arts, maar ook van een onverantwoordelijke zelfoverschatting. In de beperking tot zijn technische competentie wordt hij vrij om weer mens te zijn en dat is meer dan «das Uebermenschentum magisch-ideologischer Ausdeuting der Arzttums». Deze beperking geeft de arts het bewustzijn, dat hij de mogelijke opvoedkundige taken, al zijn ze misschien materieel kleiner geworden, beter zal kunnen vervullen.«Als Psychologe darf ich mit der psychologisch richtigen Volksweisheit schliessen: in der Beschränkung zeigt sich der Meister».

De lezing van dit uitvoerige artikel roept vragen en ook wel kritiek op. Voor een werkelijke discussie zouden wij, om in de lijn te blijven, bij de vakman te rade moeten gaan. Een enkele opmerking mag er echter wel af.

De materie is zo subtiel, dat de bedoelingen van de schrijver ge-

makkelijk kunnen worden misverstaan. Het gaat er uiteindelijk niet om, de huisarts te liquideren, maar om hem vrij te maken: vrij van esoterische, mythologische, Hippokratische ballast, die op het «officium nobile» rust. De nobilitas wordt gewoonlijk geadstrueerd met een paar regeltjes uit **Homerus**. Vreemd, dat wij aan deze mythologische hybris al zo gewend zijn, dat wij er ons niet eens meer aan stoten. Dat het exclusieve karakter van de eed van **Hippokrates** of de Declaratie van Genève ons zo weinig bezwaart. Pas als dit alles wegvalt, komt er werkelijk ruimte voor het dienen, de dienst aan de naaste. **Hauff** kent dienst alleen in functionele zin. Hij verschilt niet wezenlijk van de dienstverlening door de loodgieter of de pompbediende. Dat is waar. Maar al deze vormen van dienst krijgen pas inhoud als wij ze zien als dienst om Christus'wil. Als de analyse van Hauff ons dichter kan brengen bij de vrijheid tot deze dienst, is zijn artikel niet voor niets geschreven.

O.

het eeuwig menselijke... in de situatie van nu!

Ook onze tijd is er een van zondigheid, hardvochtigheid, tegenstellingen, en meteen van spannende verwachting en worstelend zoeken naar waarheid en gerechtigheid, vrijheid en bevrijding, verzoening en vereniging. Staan wij te midden van die wereld als een macht ter bevrijding, met de levensstijl van bevrijden en verrezenen? Maken wij niet de indruk dat wij eerder aan de rand van het huidig wereldgebeuren leven? Paus Pius XI heeft eens gezegd dat wij allen schuld hebben aan het feit dat gedurende de 19e en 20e eeuw zoveel arbeiders de Kerk hebben verlaten; hij heeft in dit verband het woord «ergernis» gebruikt, alsof hij zeggen wilde dat de christenen zelf voor die geloofsafval in een zekere maat verantwoordelijk zijn geweest.

En inderdaad ergerlijk is het geweest dat zoveel christenen ongeveer een halve eeuw en meer nodig hebben gehad om te begrijpen waarover het in de sociale strijd eigenlijk ging: dat het niet alleen te doen was om nieuwe economische structuren te brengen, maar uiteindelijk om meer waarheid en rechtvaardigheid, een waarachtiger erkennen van de mens door de mens in de wereld te vestigen. De vraag kan worden gesteld: hoeveel tijd zullen wij nodig hebben om het hedendaagse wereldgebeuren te begrijpen?

A. Dondeyne in «Geloof en Wereld»
pag. 54.

Uitg. Patmos - Antwerpen.

Ou bien une liberté totale ou bien une liberté nulle!
Jean Paul Sartre.

Une liberté totale est une liberté nulle!
Maurice J. Merleau-Ponty.

Hoeveel tijd hebben «wij» nodig om dat te begrijpen?
Redactie.

het probleem van de geboorte-planning

G. DOOGHE
lic. pol. soc. wetenschappen
navorser IESPO

Van birth control naar family planning.

Geboorteregeling noemt men de opzettelijke beïnvloeding van de gezinsgrootte, met name op regeling van aantal en tijdstip der geboorten. Al naargelang deze beïnvloeding bevorderend of remmend is bedoeld, spreekt men van geboortebevordering of geboortebeperking. Beide vormen van geboorteregeling hebben nochtans één belangrijk gemeenschappelijk kenmerk dat bestaat in de inwerking op het geboortecijfer.

Op kwantitatief vlak onderscheidt men al naargelang het nagestreefde doeleinde een nataliteitspolitiek en een politiek van geboortebeperking. Zij kan een **nataliteitspolitiek** worden in de landen waar een toename van de bevolking vereist is. In deze zin tracht zij door alle middelen het geboortecijfer op te drijven.

Zulke politiek wordt veelal ingegeven door **machtsmotieven** en door eigen staatsbelang. Om redenen van demografische aard worden maatregelen getroffen om een noodzakelijk geacht aantal geboorten te bekomen.

Tot dit eerste type behoorde ongetwijfeld de geboortepolitiek van de nazi's en van de sovjets (1) en wellicht ook in zekere mate die van

(1) Sedert 1956 heeft Rusland en sedert 1963 China een birth-control-politiek ingevoerd.

de Fransen. In zulkdanige politiek komt het er vooral op aan zoveel mogelijk kinderen te verwekken, zoveel mogelijk arbeidskrachten te leveren, waarvoor een jong dynamisch volk onontbeerlijk is.

Ook **religieuze** idealen kunnen aangehaald worden tot stimulering van een nataliteitspolitiek. Een groot aantal geboorten betekent een groot aantal aanhangers van een bepaalde godsdienst. Zo zullen de Mormonen in de Amerikaanse staat Utah de polygamie als middel vooropzetten om dit ideaal te verwezenlijken.

En tenslotte kan nog vermeld worden de **ekonomische motieven** waarbij men de nadruk legt op de rol van de mens tot bevordering van de ekonomie.

Immers de mens heeft een driedubbele funktie t.o.v. de ekonomie.

— Het leveren van arbeidskrachten.
  De bevolking van een gebied moet zorgen voor één van de drie essentiële produktiefaktoren. Benevens natuurlijke grondstoffen en kapitaal vormen de arbeidskrachten een belangrijke en onontbeerlijke schakel in de productiecyclus. Ook bij een groeiende mechanisatie en bij een doorgedreven automatie is het leveren van arbeidskrachten essentieel vereist, alhoewel de vraag hier wel kwalitatief georiënteerd zal zijn (hoge scholingsgraad).

— De bevolking moet ook voor de consumenten zorgen.
  Immers de ekonomische kringloop van produktie en verbruik vereist een voldoende groot aantal verbruikers. om de voortgebrachte produktie op renderende wijze te kunnen afzetten. Wanneer er geen verbruikers zijn, kunnen de geproduceerde goederen moeilijk afgezet worden.

— Tenslotte moet de bevolking ook over een voldoende aantal spaarders beschikken.
  De ekonomische cyclus wordt gesloten door de investeringen die afhangen enerzijds van de auto-investeringen en anderzijds van de spaargelden op de kapitaalmarkt. Dit laatste vereist echter een bevolking die in de mogelijkheid verkeert over te gaan tot sparen.

Nochtans kan een demografische politiek ook de vorm van een **politiek van geboortebeperking** aannemen vooral in de landen die met overbevolking te kampen hebben en waar de elkonomische vooruitgang geen gelijke tred houdt met de demografische ontwikkeling.

Maatschappelijk en zedelijk religieus schept de geboorteregeling ernstige problemen. Aanvankelijk was het streven naar geboorteregeling nauw verbonden met de bevolkingsleer van Maltus en werd zij eenzijdig gezien als geboortebeperking met het oog op de sociaal-ekonomische ontwikkeling van de maatschappij.

De stelling van Malthus R. waardoor de reproduktiekracht op ieder ogenblik groter is dan de voorradige levensmiddelen gaf aanleiding tot een politiek van geboortebeperking.

Malthus was voorstander van «the moral restraint» (morele onthouding). Alleen de aanpassing van de bevolking aan de ekonomie door middel der onthouding beschouwt hij als gelijkvormig aan de natuur en bijgevolg wettig en werkdadig. Onder «moraal restraint» verstaan we:

— huwelijksverbod, wanneer men niet over voldoende middelen beschikt om een gezin te stichten en te onderhouden.

— buiten het huwelijk moet de kuisheid worden onderhouden.

Deze strekking van Malthus heeft enkele decenia later aanleiding gegeven tot de zgn. neo-malthusiaanse strekking. Deze neo-Malthusianen willen dezelfde doelstelling van Malthus — het herstel van het verbroken evenwicht tussen bevolkingsaanwas en produktievoorraad — nastreven, maar met andere middelen dan de moral restraint, nl. door gebruik van anticonceptionele middelen.

Heden ten dage heeft men zich veelal van het neo-malthusianisme losgemaakt en ziet men het streven naar «planmatig ouderschap» als doel, daarbij vooral lettend op het individuele belang van ouders en kinderen. Deze recente strekking blijkt reeds duidelijk uit de naamverandering. In angelsaksische landen spreekt men thans veel meer over «planned parenthood» en «family planning» dan over «birth control» en «malthusianisme».

Antinatale praktijken.

De op dit ogenblik bekende middelen om aan geboortebeperking te doen zijn:

1. De primitieve volksmiddelen die bij sommige natuurvolken bekend zijn als een poging om zwangerschap te voorkomen. Het gaat hier meestal om magische en andere weinig efficiënte methoden. Overigens is geboortebeperking bij primitieven lang niet algemeen. De verbreiding van geboortebeperking neemt bij minder ekonomisch ontwikkelde volken slechts toe bij degene die in aanraking kwamen met het Westen, waar het aangewezen middel vooral bestaat in het gebruik van moderne mechanische middelen.

2. De periodieke onthouding volgens de methode Ogino-Knaus gaat uit van het feit dat elke menstruatie steeds een bepaald aantal dagen op de ovulatie volgt. Omwille van de geringe levensduur van ei en spermatozoën kan hieruit berekend worden wanneer de bevruchting al of niet kan optreden, mits echter de menstruatie-

cyclus van de vrouw steeds konstant zou zijn. Indien een vrouw echter niet met gelijke tussenpozen menstrueert, moet men deze over een lange periode kennen en aan de hand hiervan door de arts van de langste en kortste periode een berekening laten maken van de termijn, waarbinnen bevruchting mogelijk is. Men gebruikt hier meestal de kurve van de temperatuur om de vruchtbare periode vast te leggen.

3. Moderne technische contraceptiva. Deze berusten op het principe van een mechanische of chemische belemmering, waardoor de spermatozoïden verhinderd worden in de baarmoeder door te dringen.

Het enige door de man toe te passen contra-conceptivium is het condoom.

De door de vrouw toe te passen middelen bestaan uit medikamenten, tabletten, pasta's, tampons of diafragmata die in de schede worden gebracht.

De positieve contraceptieve methodes kunnen dus op tweeërlei wijze worden gerangschikt. Enerzijds de mechanische methoden die beletten dat de spermatozoïden in de baarmoeder terechtkomen en anderzijds de chemische produkten die het sperma vernietigen.

4. De natuurlijke anticonceptionele methode waarbij van geen enkel produkt gebruik gemaakt wordt. Een veel toegepaste methode, die echter geen voldoende zekerheid biedt, is de coïtus interruptus. Deze methode wordt sedert de oudheid toegepast. Zij vereist geen enkel instrument en geen enkel produkt, maar moet niettemin gerangschikt worden onder de contraceptieve methoden.

5. De irrigatie post coïtum, die echter evenmin als doeltreffend beschouwd mag worden.

6. De provisorische of definitieve sterilisatie, waarbij door operatieve ingreep een tijdelijke of definitieve onvruchtbaarheid wordt bereikt. De enige chirurgische gebruikte methode om de mannelijke onvruchtbaarmaking te verwezenlijken is de vasectomie. Voor de vrouwen worden aktueel twee metodes gebruikt: de salpingectomie en de elektrische bestraling.

Het neo-malthusianisme.

Alhoewel de geboortebeperking in verscheidene landen zeer verspreid is en dit sedert lang, beschikt men over weinig numerieke gegevens over de frekwentie van de meest gebruikte middelen. Aan de hand van de bestaande wetgevingen en van enkele enquêtes pogen we een beeld te schetsen van de situatie in enkele landen van de wereld.

I. GROOT BRITTANIE.

Een eerste enquête nopens het gebruik van anti-natale praktijken had in 1946 plaats in het kader van de werkzaamheden van de Royal Commission on Population. Dit onderzoek werd ondernomen door een staf geneesheren en had plaats in hospitalen.

Het Population Investigation Committee, gestuwd door het sukses dat een dergelijke enquête had gehad in de U.S.A. (1955), besliste een nationaal onderzoek te houden in Groot Brittanië van december 1959 tot maart 1960. Dit onderzoek had betrekking op ongeveer 3.000 ondervraagden van beide geslachten binnen de leeftijdsgrenzen van 16 tot 59 jaar, waarvan 650 ongehuwd waren en 2.350 gehuwd. Aan deze laatste subgroep werd een aantal vragen gesteld nopens de contraceptie (1) waarvan de bijzonderste resultaten kort zullen gekommentarieerd worden.

Alhoewel enig voorbehoud dient in acht genomen te worden bij de interpretatie der resultaten van dit onderzoek (2) kunnen niettemin de belangrijkste resultaten even worden toegelicht al was het maar om een min of meer duidelijk beeld te verkrijgen van de verspreiding der anti-natale praktijken.

Allereerst werd vastgesteld dat het procentueel aantal ondervraagden, welke een positieve houding vertoonden t.a.v. de contraceptieve praktijken, progressief steeg voor de meer recente huwelijkscohorten (tijdstip waarin het huwelijk plaats greep).

Het procentueel aantal voorstanders steeg van 50,5 % bij de echtparen gehuwd voor 1930 tot 69,4 % voor de huwelijkscohorte 1950-1959.

Houdingsverschillen werden echter waargenomen naar geslacht, naar kerkelijke gezindheid en naar socio-professionele status van de echtgenoot. Het aantal voorstanders was iets hoger bij het mannelijk geslacht (67,4 %) dan bij de vrouwen (61,4 %). Opvallend was het groot verschil dat werd opgemerkt tussen protestanten (67,6 %) en katolieken (36,4 %). De formele afwijzing van elke vorm van contraceptie door de katolieke Kerk verklaart in belangrijke mate het geringer aantal voorstanders dat men bij de katolieke bevolkingsgroep waarneemt. Tenslotte trof men in de beroepen gekenmerkt door handenarbeid een geringer percentage voorstanders aan dan bij de beroepen waar de geestesarbeid overheersend was (71 %).

(1) ROWNTREE G. — PIERDE R.M.: Birth Control in Britain, Part I «Attitude and Practice among Persons married since the First War» in **Population Studies**, XV, 1961 blz. 3 - 31.

(2) NERY L.: A propos d'une enquête sur la contraception en Grande-Bretagne, in **Population**, janv.-mars, 1962, nr. 1 blz. 65-74. Het voornaamste motief vat Henry L. samen als volgt: «Ce qui touche à l'intimité du couple ne se raconte pas en public et beaucoup de personnes répugnent même à en parler à un médecin. Cette attitude est plus fréquente dans les anciennes générations, ce qui explique que l'écart entre les évaluations et les résultats de l'enquête s'agrandit en remontant dans le temps.

Op de gehele steekproef waren niet minder dan 67,6 % personen die beweerden tijdens de loop van hun huwelijksleven toevlucht te hebben genomen tot contraceptie. Het gebruik van de contraceptieve praktijken varieert echter met de geesteshouding t.a.v. de geboortebeperking, met de socio-professionele status en met de godsdienst.

Zij is frekwenter bij degene die de geboortebeperking goedkeuren zonder enig voorbehoud (80,5 %) dan bij degene die enig voorbehoud maken (35,6 %). Het gebruik van de anti-conceptionele praktijken is ook meer verspreid onder de hogere sociale statussen (73,9 %) dan onder de niet gekwalificeerde of ongeschoolde arbeiders (61, 7 %). En zoals te voorzien was, is de contraceptie eveneens minder verspreid bij de katholieke bevolking (47,- %) dan bij de protestantse bevolkingsfraktie (70,1 %).

Het aantal personen dat vanaf het begin van het huwelijksleven hun toevlucht nam tot contraceptieve metodes was zeer hoog (57%). Een opmerkelijke stijging deed zich echter voor van 49,4 % voor de huwelijken gesloten voor de jaren 30 tot 62,9 % voor de meer recente huwelijkscohorte 1950-1959.

De doeltreffendheid van de contraceptie bleek eveneens uiterst groot te zijn. Onder de ondervraagden, gehuwd voor 1940, bedroeg de verhouding van diegenen die geen kinderen hebben gehad, op het ogenblik dat zij er geen wensten 82,6 %.

II. IN DENEMARKEN.

Sedert een dertigtal jaren past Denemarken een neo-malthusiaanse politiek toe. Om een beeld te schetsen van de aktuele situatie zijn we evenwel genoodzaakt de historiek te geven van de vroegere en huidige wetgeving om vervolgens de weerslag van deze antinatale politiek op demografisch vlak te onderzoeken.

a. Wetgevende historiek.

De wet van 1866 en 1930 laat de vruchtafdrijving toe om het leven van in gevaar verkerende vrouwen te behoeden.

In het kader van de Hoge Medische Raad (Retslaegeroadet) werd in 1934 een commissie opgericht belast met de studie van het probleem der vruchtafdrijving. Deze commissie kwam tot het besluit dat vruchtafdrijving, onder bepaalde voorwaarden, moest worden aanbevolen. Dit onder meer:

— om een medisch motief, om leven of gezondheid van erg bedreigde vrouwen te redden;

— om een eugenetisch motief wanneer het gevaar bestaat dat het geboren kind zou lijden aan erfelijke kwalen;
— om een ethisch en juridisch motief, wanneer de vrouw zwanger is tegen haar wil in (geval van bloedschande en van verkrachting).

Het rapport door deze commissie opgesteld, preciseert terzelfdertijd dat de sociale instituties in het bijzonder de instellingen die hulp dienden te verstrekken aan de moeder, moesten verbeterd worden. Op 18 mei 1937 werd de wet 163 nopens de legalisatie van de vruchtafdrijving gestemd, die vanaf 1 oktober 1939 officieel van kracht werd. De wet baseerde zich hoofdzakelijk op het medisch-sociaal motief.

In 1950 werd door de regering een tweede commissie opgericht die belast werd met het onderzoek naar de oorzaken en de oplossingen voor de sedertdien opmerkelijke toename van de wettelijke en onwettelijke vruchtafdrijvingen. Zoals voorheen waren de diskussies opnieuw gecentreerd rond het medico-sociaal motief. Alhoewel sommige commissieleden de vruchtafdrijving verdedigden om een zuiver sociaal motief, en anderen zelfs voorstander waren van een vrije toestemming inzake vruchtafdrijving, handhaafde de commissie het medico-sociaal motief in het uiteindelijk rapport van 1954. De beslissing om vruchtafdrijving toe te staan moest vooraf genomen worden door een Raad (Samroad) waaraan een dossier moest worden voorgelegd betreffende de betrokken persoon.

Na drie tot vier jaar parlementaire debatten werd de wet nr 177 van 23 juni 1956 aangenomen met een grote meerderheid (108 pro — 47 contra — 2 onthoudingen). De wet werd van kracht op 1 oktober van hetzelfde jaar, op het ogenblik dat de instellingen tot hulpverlening aan de moeders belast werden met het vraagstuk van de abortus. Deze laatste wet bepaalt de voorwaarden, waaraan moet voldaan worden alvorens de vruchtafdrijving wordt toegestaan bij vrouwen die hun zwangerschap wensen te onderbreken.

Benevens het juridisch motief dat ongewijzigd bleef onderscheidde men verder:

— een medico-sociaal motief, volgens hetwelke de geneesheer niet enkel de fysische of mentale ziekte moet in acht nemen waaraan de vrouw lijdt maar eveneens de te voorziene fysische of mentale zwakheid.
— een eugenetisch motief.
Door de vooruitgang van de medische wetenschappen is het thans mogelijk te voorspellen of een vrouw erfelijke kwalen al dan niet kan overzetten op het nageslacht. Bij eventueel gevaar voor het nageslacht kan de toestemming tot sterilisatie worden verleend wanneer de vrouw het wenselijk acht.
— een motief van «ongeschiktheid».
Dit nieuw motief bepaalt dat, in zeer partikuliere gevallen van

zware fysische of mentale kwalen, alle reden bestaat om te geloven dat de vrouw ongeschikt is zorg te dragen voor haar kind. Het geval moet echter voorgelegd worden aan een raadgevende commissie (Naevnet).

a. Weerslag van de wetgeving op het aantal vruchtafdrijvingen.

Op 101.686 aanvragen tussen 1939 en 1958 werden 55.784 vruchtafdrijvingen toegestaan in Denemarken hetzij 55 % van de aanvragen en ongeveer 5.5 % van het totaal aantal geboorten.

Het aantal vruchtafdrijvingen is regelmatig gestegen van 484 van 1939 (0,7 % van de geboorten) tot 3.595 in 1958 (5,1 % van de geboorten). Het maksimum werd echter bereikt in 1956: 4.477 of 7 % van de geboorten. De sedertdien ingetreden daling toont de weerslag aan van de van kracht zijnde wetgeving van 1956. Jaarlijks bieden zich bij benadering 9.000 vrouwen aan op de hulpverlening aan moeders, met het verlangen de zwangerschap te onderbreken; 4.000 ongeveer of 45 % van de aanvragen worden ingewilligd.

Aktueel wordt de meerderheid van de aanvragen gemotiveerd om ekonomische, sociale en persoonlijke redenen, veelal gekombineerd met motieven van psychologische, medische en psychische aard. Uit de evolutie blijkt dat de motieven van psychologische aard een geweldige stijging hebben ondergaan.

Tabel 1. Procentueel aantal aangehaalde motieven.

	1940	1950	1957
Medisch psychologisch:	29,1	75,9	67,4
Medisch fysisch:	58,1	16,1	18,-
Juridisch:	2,7	0,6	0,7
Eugenetisch:	10,1	6,3	4,4
Onduidelijk:	-	1,1	9,5
Totaal:	**100,-**	**100,-**	**100,-**

Het globaal aantal vruchtafdrijvingen (wettige en onwettige) steeg van 7.940 in 1940 tot 22.526 in 1950. Het totaal aantal klandestiene abortussen steeg tijdens dezelfde periode van 7.418 tot 18.617 in 1950. De regelmatige en progressieve toename van het aantal onwettelijke vruchtafdrijvingen was één der oorzaken voor de herziening van de wet van 1937. Ook de herziene wet van 1956 is er niet in geslaagd deze sociale plaag te stoppen.

In tegenstelling tot het aantal vruchtafdrijvingen is het aantal onvruchtbaarmakingen of sterilisaties in Denemarken zeer gering. Over de periode 1935-1954 werd het aantal sterilisaties geraamd op 8.519 waarvan 77 % bij vrouwen en 23 % bij mannen.

III. ZWEDEN.

In Zweden beschikt men over een neo-malthusiaanse wetgeving waarvan de toepassing nu reeds meer dan 26 jaar oud is.

In de 19de eeuw reeds vindt men in Zweden reeds talrijke sporen van ideologische beschouwingen welke de gezinsbeperking propageerden. De bekende ekonomist Knut Wicksell beoogde o.m. de verbetering van de financiële en ekonomische situatie van de armen door het voeren van een politiek van kinderbeperking. Dit kwam duidelijk tot uiting in zijn handboek: Précautions dans la vie conjugale.

a. De Nationale Vereniging voor Seksuele Opvoeding.

Een belangrijke mijlpaal inzake geboortebeperking was de oprichting van de Nationale Vereniging voor Seksuele Opvoeding (R.F. S.U.) (1) in 1933 door E. Ottesen — Jensen. Het oorspronkelijke programma van de R.F.S.U. bestond hoofdzakelijk in de oprichting van een raadplegend bureel, analoog met de Engelse klinieken van «birth control» en was samengesteld uit twee of drie geneesheren en een juridisch adviseur. Nadien is het programma veel ruimer geworden (1944). Op internationaal vlak bestond een aktieve samenwerking met de «World League for Sexual Reform» en sedert 1946 met de «International Planned Parenthood Federation» welke trouwens verschillende internationale zittingen heeft gehouden te Stockholm.

De R.F.S.U. is tevens de grootste fabrikant en verkoper van contraceptieve produkten. De jaarlijkse afzet van condooms wordt in Zweden op ongeveer 26 miljoen geraamd.

b. De wetgeving in verband met de verkoop van contraceptieve produkten.

Een wet van 1910 belette de publieke verkoop van voorbehoedmiddelen. In 1938 besliste men dat een toelating voor de verkoop van contraceptiva moest bekomen worden van het gouvernement. Bij de nieuwe wetgeving van 1948 moest elke apotheker verplichtend voorbehoedmiddelen ter beschikking hebben voor zijn kliënteel.

De verkoop van contraceptieve middelen maakte het voorwerp uit van een nieuwe wet op 5 juni 1959 waarbij werd bepaald dat geen enkel contraceptief in de handel mag worden gebracht zonder de voorafgaande goedkeuring van de Hogere Medische Raad. Degene die voorbehoedmiddelen wil verkopen, hetzij in een apotheek of in een magazijn waar men medische apparaten verkoopt, moet de toelating hieromtrent vragen bij de politieprefektuur van de stad waar de verkoop zal plaats grijpen. De verkoop van voorbehoedmiddelen van deur tot deur werd door de wet echter verboden.

(1) Riksfórbundet Fór Sexuell Upplysnig.

c. De wet van 1938 in verband met de vruchtafdrijving.

Op 17 juni 1938 vaardigde het gouvernement een wet uit die op 1 januari 1939 van kracht werd en welke de onderbreking van de zwangerschap om medische, medico-sociale of humanitaire motieven toestond. Sedertdien werd deze wet verscheidene malen geamendeerd. Vooral de aangebrachte wijziging in 1946 heeft een diepgaande weerslag gehad. Door dit amendement werd een nieuw paragraaf in de bestaande wet ingelast waarbij de vruchtafdrijving van overheidswege werd toegestaan wanneer, rekening houdend met de levensvoorwaarden van de vrouw, kon worden vastgesteld dat de fysische of psychische krachten ernstig zouden worden aangetast bij een volgende geboorte of bij de zorgen die eruit voortspruiten.

De juridische procedure om de toestemming tot onderbreking van de zwangerschap te bekomen, kan langs twee modaliteiten worden vervuld, hetzij door aanvraag en na toestemming van de direktie van het Koninklijk Medisch Bureel (bestaande uit een gynecoloog, psychiater, geneticus en sociale assistent), hetzij na akkoord van twee geneesheren waaronder de chirurg.

Sedert de uitvaardiging van de wet in 1939 tot 1957 werden 60.765 vruchtafdrijvingen uitgevoerd.

Tabel 2. De evolutie van de wettelijke vruchtafdrijvingen en van de vruchtafdrijvingskoëfficienten.

jaar	aantal vruchtafdrijvingen	vruchtafdrijvingskoëfficiënt (1).
1939	439	4,4
1940	506	5,2
1945	1.623	11,7
1950	5.889	50,-
1955	4.562	42,5
1957	3.386	31,6

In het eerste jaar van de toepassing van de wet in 1939 merkte men geen toename in het aantal vruchtafdrijvingen aangezien slechts 439 tussenkomsten werden opgetekend. De daaropvolgende jaren was de stijging eerder gering (een 100 tal per jaar) om 703 te bereiken in 1943. De meeste vruchtafdrijvingen hadden tot hiertoe plaats om eugenetische motieven.

De vruchtafdrijvingen om humanitaire en zelfs om medico-sociale redenen waren zeer gering. Na het amendement van 1946 bedroeg de stijging een duizendtal per jaar om in 1951 het maksimum aantal vruchtafdrijvingen te bereiken: 6.328. Daarna deed zich een gevoelige en regelmatige vermindering voor aangezien het globaal aantal progressief daalde tot 3.386 in 1957. Een gelijkaardige evolutie kon worden vastgesteld voor de vruchtafdrijvingskoëfficiënten.

(1) Het aantal vruchtafdrijvingen op duizend levendgeboren kinderen.

Naar motief uitgesplitst, blijkt dat op een totaal van 52.964 vruchtafdrijvingen voor de periode 1947-1957 er 3.903 (7,3 %) om eugenetische, 351 (0,6 %) om humanitaire en 48, 650 of 92 % om medische en medico-sociale redenen plaats grepen. Het aantal vruchtafdrijvingen om eugenetische redenen daalde progressief van 1947 (17,7 %) tot 1957 (2,1 %). De vruchtafdrijvingen om humanitaire motieven varieerden numeriek weinig in de loop van deze elf jaren. Het waren vooral de abortussen om medische en medico-sociale motieven die relatief in belang toegenomen zijn (82,3 % in 1947 tegen 96,8 % in 1957).

d. De wet van 1941 in verband met de sterilisatie.

De wet van 1 januari 1935 liet de sterilisatie van deze individuen toe die onbekwaam werden geacht hun burgerrechten uit te oefenen: geesteszieken, debielen, idioten enz... Deze wet werd in 1941 vervangen door de thans nog van kracht zijnde wet waarbij de onvruchtbaarmaking toegestaan werd mits aan bepaalde voorwaarden werd voldaan. De drie in aanmerking komende motieven zijn:

1. eugenetische motieven: wanneer aanwijzingen bestaan dat het subjekt een mentale erfelijke ziekte, een andere ernstige ziekte, of een zwaar fysisch gebrek zoals blindheid of doofstomheid zou overzetten op het nageslacht;
2. sociale motieven: indien om oorzaak van mentale stoornissen of van een asociaal gedrag, het subjekt of het individu zichtbaar onbekwaam is om de morele en wettelijke verantwoordelijkheid van de opvoeding van zijn kinderen op zich te nemen;
3. medische motieven: indien een nieuwe periode van zwangerschap een ernstig gevaar inhoudt voor het leven of de gezondheid van de vrouw tengevolge van een ziekte, van een fysische afwijking of van een door zwakheid gekarakteriseerde toestand.

Het aantal vruchtafdrijvingen was zeer gering in de periode 1935-1941 maar steeg niettemin elk jaar van 200 in 1935 tot ongeveer 600 in 1940. De wet van 1941 heeft echter een belangrijke vermeerdering van de sterilisaties in de hand gewerkt zoals uit onderstaande tabel mag blijken.

Tabel 3. Aantal sterilisaties tussen 1941 en 1957.

jaar	aantal
1941	418
1942	1.164
1943	1.327
1944	1.691
1945	1.747
1950	2.348
1955	1.837
1957	1.785

Het aantal sterilisaties verdriedubbelde bijna van 1941 tot 1942. Vervolgens steeg dit aantal regelmatig tot 1949, jaar waarin een maksimum aantal sterilisaties werd opgemerkt (2.351 gevallen).

De daaropvolgende jaren stelt men een stabilisatie vast van het aantal onvruchtbaarmakingen om vervolgens opnieuw regelmatig te dalen. Globaal beschouwd, verloopt deze evolutie analoog met de evolutie welke kon worden vastgesteld voor de wettelijke toegelaten vruchtafdrijvingen. Voor de ganse periode werd op niet minder dan 32.000 individuen in Zweden waaronder 26.000 vrouwen, de sterilisatie toegepast.

Een gelijkaardig verloop doet zich voor bij de juridische motieven tot sterilisatie. Het eugenetisch motief dat in 1946 meer dan 90 % van de gevallen bevatte, is teruggevallen op 16.5 % in 1957. Tegelijkertijd stijgt het procentueel aantal sociale en medische motieven van 1,5 % in 1941 tot 83,5 % in 1957.

e. De wet van 1944 in verband met het wegnemen van genetische organen.

Het wegnemen van de geslachtsorganen wordt onder bepaalde voorwaarden in Zweden toegestaan:

— eerstens wanneer mag worden aanvaard dat een individu een misdrijf of een ernstig gevaar vertegenwoordigt voor elk ander individu. Het gaat hier tenslotte om het voorkomen van een misdrijf.

— Vervolgens wanneer een individu als gevolg van een gebrek of een tekortkoming van zijn seksueel instinkt, aan fysische of andere zware stoornissen lijdt. In dit laatste geval gaat het om een humanitair motief.

Van 1944 tot 1957 werden ongeveer 300 personen beroofd van hun genetische organen. De ingeroepen motieven voor 274 van deze gevallen waren: voorkoming van een misdaad 41 %, uit humanitair oogpunt 13 % en om beide motieven samen 46 %. Het betreft hier hoofdzakelijk mannen aangezien op de 274 gevallen slechts 5 vrouwen het objekt van deze operatie uitmaakten.

Het voornaamste argument van het neo-malthusianisme is dat de afstamming volledig bewust moet plaatsvinden waarbij enkel die kinderen geboren worden die bewust gewenst zijn.

IV. TSJECHO-SLOVAKIJE.

In 1959 organiseerde de Nationale Bevolkingscommissie in samenwerking met medische diensten, een enquête onder de titel: «Enquête over het huwelijk, de contraceptie en de vruchtafdrijving in Tsjecho-Slovakije». Deze enquête had plaats van november 1958

tot maart 1959 en had betrekking op 3.191 gehuwde vrouwen die werden ondervraagd in de medische instelling waar zij een geneeskundig bezoek of een behandeling ondergingen.

Een eerste deel had betrekking op het aantal gewenste kinderen, terwijl het tweede deel meer nadruk legde op de middelen tot voorkoming van een geboorte: contraceptie, vruchtafdrijving en sterilisatie.

Uit de enquête bleek onder meer dat bij vrouwen die aan contraceptie doen, coïtus interruptus het meest gebruikte procédé is (68,3 %). Een tweede belangrijke contraceptieve praktijk is het condoom, dat in niet minder dan 42,4 % van de gevallen werd toegepast. Drie vierde van de echtparen gebruikten aldus één van beide hogervermelde praktijken. Het frekwentiegebruik van de andere methodes is heel wat geringer.

Tabel 4. Distributie van de vrouwen volgens de contraceptieve praktijken die zij gebruiken.

Coïtus interruptus	42,7 %
Condoom	17,2 %
Methode Ogino-Knaus	5,6 %
Andere methodes (pessarium...)	1,2 %
Coïtus interruptus + condoom	15,9 %
Coïtus interruptus + Ogino-Knaus	4,7 %
Coïtus interruptus + condoom + pessarium	0,5 %
Coïtus interruptus + condoom + Ogino Knaus	4,5 %
Condoom + Ogino Knaus	4,3 %
Andere gekombineerde methodes	3,4 %
Totaal:	**100,-** %

In een land waar de geprovokeerde vruchtafdrijving verboden is door de wet, wat het geval was in Tschecho-Slovakije tot in 1949, was het erg moeilijk statistische gegevens hieromtrent te verzamelen. Sedert de jaren 50 liet de wet nochtans toe dat omwille van medische redenen de vrouwen een aanvraag konden richten tot onderbreking van de zwangerschap.

Diezelfde wet versoepelde progressief en vanaf 1 janjuari 1958 mochten ook motieven van sociale of ekonomische aard worden ingeroepen. In 1958 bedroeg het globaal aantal vruchtafdrijvingen 27,3 % van het aantal geboorten. Dit percentage steeg voortdurend en overschreed in 1961 reeds de 35 %.

Onder de vrouwen die een gunstige houding aannemen t.o.v. de vruchtafdrijving (73 %) meent de helft nochtans dat zekere voorwaarden moeten verenigd zijn alvorens er toe hun toevlucht te nemen; een groot aantal kinderen en de gezondheid van de vrouw zijn de meest vooropgestelde voorwaarden.

Tabel 5. Distributie van de vrouwen volgens hun opinie nopens vruchtafdrijving.

Opinie	**Procentueel aantal vrouwen**
Gunstig zonder meer	38,2
Gunstig onder voorbehoud	34,8
Totaal:	**73,-**
Ongunstig, om gezondheidsredenen	21,1
Ongunstig, om andere redenen	1,-
Opinieloos	2,9
Totaal:	**100,-**

V. JAPAN.

In Japan was het gevaar van een intensieve overbevolking tegen het einde van de oorlogsjaren zo groot geworden, dat onmiddellijk maatregelen werden overwogen tot inkrimping van het aantal geboorten. Op 28 juni 1948 werd in Japan de wet ter bescherming van het ras afgekondigd, welke onder een kwalitatieve sluier in feite een kwantitatief oogmerk beoogde, nl. het aantal geboorten te beperken.

a. De wetgeving.

De wet voorziet namelijk dat:

1. De geneesheren het recht hebben in bepaalde gevallen over te gaan tot sterilisatie of onvruchtbaarmaking van een individu.

   Men maakte echter het onderscheid tussen fakultatieve en verplichtende sterilisatie.

De fakultatieve sterilisatie moet worden aangevraagd door de belanghebbende en wordt onderworpen aan het oordeel van de geneesheer. Deze is volledig vrij te beslissen of een heelkundig ingrijpen al dan niet wenselijk is. De wet voorziet nochtans een beperkende tekst van gevallen waarin de geneesheer zijn toestemming moet geven.

Gevallen waarin de fakultatieve sterilisatie moet worden uitgevoerd:

— in geval de persoon in kwestie, of de echtgenoot, een erfelijk psychopathologische ziekte of een erfelijk fysisch gebrek of ziekte vertoont.

— in geval de persoon in kwestie of de echtgenoot een bloedverwant heeft tot de vierde graad inbegrepen, die lijdt aan een erfelijk mentale ziekte, een erfelijke geestesstoring, aan erfelijke psycho-pathologische stoornissen of aan een erfelijke ziekte of fysisch gebrek.

— in geval de persoon in kwestie of de echtgenoot aangetast is

door de melaatsheid met mogelijk gevaar voor besmetting van de nakomelingenschap.

— indien de verwekking of de bevalling het leven van de moeder in gevaar brengt.

— indien de moeder reeds verschillende kinderen heeft en elke nieuwe bevalling een gevaar inhoudt voor haar gezondheidstoestand.

Met uitzondering van het eerste geval, is de toestemming van beide echtgenoten een noodzakelijke vereiste. De laatste beschikking is wel de meest algemene daar zij het aan het oordeel van de geneesheer overlaat te beslissen of de geboorte van nieuwe kinderen wenselijk is in de schoot van een reeds talrijk gezin.

Een bijgevoegde lijst bij de wet van 1948 voorziet een aantal opgesomde ziekten waarbij de onvruchtbaarmaking verplichtend is.

Het doel van deze wetgeving is verschillend naargelang het gaat om fakultatieve of verplichtende sterilisaties. De verplichtende sterilisatie heeft als doel de gemeenschap te beschermen tegen een te groot aantal mentale zieken terwijl het doel van de fakultatieve sterilisatie eerder gericht is op de bescherming van het individu.

2. Artikel 14 van de wet voorzag dat onder bepaalde voorwaarden, die echter zeer ruim konden worden geïnterpreteerd, de abortus of vruchtafdrijving kon worden toegelaten.

In de geest van de wetgever schijnt de vruchtafdrijving geen hulpoplossing uit te maken om de bevolkingsexplosie te remmen. Zowel de sterilisatie als de vruchtafdrijving figureren op voet van gelijkheid. De zeer verspreide praktijk van de vruchtafdrijving maakt zelfs van deze laatste de voornaamste rem tegen de demografische aangroei.

De wet van 1948 laat de vruchtafdrijving toe in volgende gevallen:

— in geval de persoon in kwestie of de echtgenoot, een mentale psychopathologische ziekte, een geestesstoornis of een erfelijk fysisch gebrek of ziekte vertoont.

— in geval de persoon of de echtgenoot binnen een bloedverwantschapsgraad van de vierde graad, een erfelijke mentale ziekte, een erfelijk psychopathologische ziekte, een erfelijke geestesstoornis of een erfelijk fysisch gebrek of ziekte heeft.

— in geval de persoon in kwestie aangetast is door melaatsheid.

— indien men vreest dat de gezondheid van de moeder, bij voortzetting van de zwangerschap en van de bevalling, gevoelig is aan een getekende graad om fysische of ekonomische redenen;

— indien de vrouw in kwestie zich tegen haar wil in, door geweld of overspel, in een zwangerschapssituatie bevindt.

3. De contraceptieve methoden ter voorkoming van de geboorten worden onderwezen en aangemoedigd.

Alhoewel de verkoop van de contraceptieve middelen in 1947 door de wetgeving verboden was, werd in 1949 de verkoop van dezelfde produkten opnieuw toegelaten.

Deze anti-natale wetgeving werd door de morele en godsdienstige constellatie in de hand gewerkt. Voor de Westerse landen werd een zeer duidelijk onderscheid gemaakt tussen de contraceptieve metodes en de abortieve praktijken. De contraceptie is bestemd om de vorming van een fœtus te beletten terwijl de vruchtafdrijving een chirurgische onderdrukking van de reeds gevormde fœtus tot doel heeft. Door de Westerse filosofie wordt de vernietiging van een fœtus beschouwd als een moord en wordt gelijkgesteld met de vernietiging van een levend menselijk wezen. Japan heeft zich echter in een andere contekst gevormd. Het leven begint slechts op het ogenblik van de bevalling zodat het niet misdadig is een fœtus te onderdrukken. Daarbij komt nog dat de twee voornaamste godsdiensten in Japan het boudhisme en het shintoïsme zijn. Deze beide godsdiensten verzetten zich niet krachtdadig tegen de vruchtafdrijving noch tegen de contraceptie. Deze soepele houding verklaart meteen de aanvaarding van deze anti-natale maatregelen.

Dat de wet haar doel — inkrimping van het geboortecijfer — heeft bereikt, blijkt alleen reeds uit het feit dat de nataliteit tussen 1948 en 1962 met ongeveer de helft verminderd is. In 1948 telde Japan een geboortecijfer van 33,7 %, in 1962 nog amper 17 %. In geen enkel land van de wereld werd een zo plotseling geboortedaling opgemerkt.

b. De weerslag van de wetgeving op de aktuele situatie.

Welk zijn nu de meest gebruikte middelen tot een zo laag nataliteitscijfer?

1. Sterilisatie.

Sedert 1949 is het aantal onvruchtbaarmakingen bijna vertienvoudigd. Men raamt dat het officieel cijfer 5 à 10 maal geringer is dan de realiteit laat vermoeden, omdat zekere prefektures hun rapporten niet overmaken. De verplichte sterilisaties, uitgevoerd als gevolg van de beslissing der prefektorale commissies, vindt men tamelijk getrouw terug in de statistieken. Wat de fakultatieve sterilisatie betreft waarbij de patiënt zijn aanvraag doet bij de geneesheer, moet worden opgemerkt dat vele geneesheren verwaarlozen hun rapport over te maken aan de prefektorale overheid.
Tabel 6 geeft het aantal sterilisaties die werden overgemaakt aan de prefektorale overheden. Het werkelijk aantal sterilisaties ligt echter omwille van hoger genoemde verklaring heel wat hoger.

Tabel 6. Aantal sterilisaties naar motivering voor de jaren 1949 en 1958.

Jaar	Erfelijke ziekte	Melaatsheid	Bescherming v.d. moeder	Mentale ziekte	Tot.
1949	304	95	5.296	—	5.695
1958	1.369	72	40.498	54	41.985
1949-1958	11.093	1.175	287.829	591	300.488

Hieruit blijkt de snelle verbreiding van de sterilisaties en het stijgend belang van de uitgevoerde operaties tot bescherming van de gezondheid van de moeder. Bijna het geheel van de operaties — 96 % in 1958 — rangschikt zich onder deze rubriek. Dit toont aan dat de geneesheren niet geaarzeld hebben deze operatie uit te voeren, telkenmale zij oordeelden dat de geboorte schadelijk was voor de gezondheid van de moeder.

De sterilisatie of de onvruchtbaarmaking speelt een merkwaardige rol in de daling van het geboortecijfer. Alhoewel hun aantal volgens officiële statistieken slechts 40.000 bedraagt, ligt dit cijfer ver beneden de realiteit want een groot aantal sterilisaties (volgens sommigen 90 %) wordt niet geregistreerd.

Om een tweetal redenen mag echter worden aangenomen dat de toename van het aantal vruchtafdrijvingen trager zal verlopen:

— de prijs van een sterilisatie is ongeveer het vijfdubbele van een vruchtafdrijving. Men raamde de gemiddelde prijs van een sterilisatie op 1.600 B.F. Zelfs in geval van gedeeltelijke tussenkomst in de kosten van de operatie door de sociale zekerheid, blijft de kostprijs rond de 1.000 B.F. schommelen.

— in tegenstelling met de toepassing van anti-conceptionele praktijken, vereist de sterilisatie een hospitalisatieverblijf van een tiental dagen gevolgd door een herstelperiode.

2. De vruchtafdrijving.

Het aantal officieel geregistreerde vruchtafdrijvingen is sedert 1949 sterk toegenomen van 264.104 tot 1.128.231 in 1958. Het grootste percentage vruchtafdrijvingen concentreert zich binnen de eerste maanden van de zwangerschap. Dit percentage bedroeg 77 % in 1950 en is sedertdien gestegen tot 90 % in 1956. Zoals voor de sterilisaties geven de statistieken slechts het aantal officiële vruchtafdrijvingen. Naar betrouwbare schattingen zou het aantal vruchtafdrijvingen iets meer dan 2 miljoen bedragen (2.600.000 in 1956). Dit cijfer bevestigt de verklaring dat in Japan evenveel vruchtafdrijvingen gebeuren als geboorten.

De gebruikte methodes tot geboortevoorkoming zijn zeer talrijk. Men kan ze rangschikken in drie groepen: vrijwillige onthouding, alsmede het gebruik van mechanische en chemische procédés. Sedert 1948, jaarstip waarop de contraceptieve praktijken werden aangemoedigd in Japan, werden door het dagblad Mainichi een aantal enquêtes ondernomen nopens de gebruikte procédés. De praktijken waarop de Japanners het meest beroep deden, figureren in tabel 7 met hun respectievelijke frekwentie.

Tabel 7. De frekwentieverdeling van de in Japan gebruikte antinatale praktijken.

	1950(1)	**1959**(2)
Vrijwillige onthouding		
Periodieke onthouding	22,2	29,9
Coïtus interruptus	10,3	7,4
Mechanische procédés		
Condoom	31,4	37,7
Pessarium occlusief	4,5	4,7
Spoeling en andere	4,-	2,4
Chemische procédés		
Tabletten en andere	24,1	13,1
Sterilisatie man		0,6
Sterilisatie vrouw		3,5
Andere methodes	3,5	0,7

(1) Enquête april 1950 op 3.000 echtparen: Mainichi.
(2) Enquête april 1959 op 3.000 echtparen: Mainichi

De meest gebruikte methodes zijn het condoom en de periodieke onthouding. Het procentueel aantal echtparen welke aan contraceptie deed op het ogenblik van de onderscheiden enquêtes is gestegen van 19,5 % in 1950 tot 42,5 % in 1959. Het aantal echtparen dat in de loop van het huwelijk, een toevlucht nam tot het gebruik van contraceptieve procédés ligt echter veel hoger. De echtparen die toevlucht namen tot de contraceptie op een bepaald ogenblik van hun huwelijk maar niet op het ogenblik van de enquête werden uitgesloten.

Het procentueel aantal personen dat het gebruik van antinatale praktijken goedkeurt wijzigde zich sterk sedert de vijftiger jaren. Het aantal van degenen dat heden ten dage tegen elke vorm van contraceptie gekant was, bedroeg minder dan 10 %.

Tabel 8. Procentueel aantal voor- en tegenstanders van de contraceptie.

	1950	1959
voorstanders	60,7	74,2
tegenstanders	15,-	8,8
voorstanders onder bepaalde voorwaarden	5,7	2,5
opinieloos	18,6	14,5
totaal	**100,-**	**100,-**

Bij de echtelingen die zich uitspraken tegen het gebruik van contraceptieve middelen neemt het motief van de gezondheid van de vrouw een belangrijke plaats in. Religieuze redenen worden slechts in minder dan 6 % van de gevallen ingeroepen.

Tabel 9. Motieven tegen het gebruik van contraceptieve middelen.

Aard van de motieven	**1950**	**1959**
Morele motieven	28,4	6,7
Tegen de natuur	15,1	8,1
Gezondheidsredenen	19,8	65,2
In strijd met het nationaal belang	13,4	0,7
Religieuze redenen	6,9	5,2
Andere redenen	16,4	14,1
Totaal	**100,-**	**100,-**

De toename van het aantal vruchtafdrijvingen moet als de voornaamste oorzaak worden beschouwd van de plotse geboortedaling.

In 1955 telde men officieel 1,2 miljoen vruchtafdrijvingen zonder rekening te houden met de clandestiene vruchtafdrijvingen. Sedert enkele jaren heeft de contraceptie aan betekenis gewonnen en heeft het globaal aantal vruchtafdrijvingen zich gestabiliseerd rond het miljoen.

3. De verspreiding en de aanmoediging van de contraceptieve metodes.

Vanaf 1949 ontwikkelde zich benevens een intense publiciteit vanwege de fabrikanten van contraceptieve middelen, een opvoedingsvoorlichting vanwege de pers en de openbare instanties waarbij de contraceptieve middelen werden aangemoedigd.

Enkele jaren later in 1954 moedigde het Comité voor bevolkingsvraagstukken de contraceptieve praktijken aan en wezen de toevlucht tot de onvruchtbaarmaking af. Terzelfdertijd beoogde deze motie

een nationale politiek van gezinsplanning in het leven te roepen.

Bij de wijzigingen aangebracht aan de wet van 1948 werd in 1952 voorzien in de vorming van personeel om de vrouwen te leiden in het gebruik van de contraceptieve procédés. In 1955 ontvingen niet minder dan 44.000 verpleegsters en vroedvrouwen een officieel diploma overeenstemmend met deze vormingsstage. Op dit totaal waren er 30.000 die zich bezig hielden met het onderwijzen en het verspreiden van de contraceptieve metodes. De overgrote meerderheid gediplomeerden waren vroedvrouwen. De overheid moedigde sterk de vorming van vroedvrouwen aan, maar deze politiek ondervond een aantal moeilijkheden. De vroedvrouwen waren van mening dat het doel gericht was tegen hun eigen beroep. Vervolgens kwamen nog praktische moeilijkheden: de beloning voor de verstrekte raadgevingen was zeer gering en de verkoop van contraceptiva was hun verboden en voorbehouden aan de erkende apotekers.

Vanaf 1955 werd een amendement aangenomen waarbij de vroedvrouwen ook anti-conceptionele middelen mochten verkopen.

VI. POLEN.

De tot voor enkele jaren gevoerde natalistische politiek in de volksrepubliek Polen steunde op een drietal motieven. Eerstens neemt de traditionele communistische doktrine aan dat de overbevolking niet kon bestaan in een socialistische ekonomie. Deze doktrine verwijt de kapitalistische landen dat zij poogt de bevolking aan te passen aan de ekonomie in plaats van de ekonomie aan de bevolking. Deze opvatting kwam meerdere malen tot uitdrukking in het bijzonder in de Bevolkingskommissie van de Verenigde Naties.

Vervolgens mocht niet uit het oog verloren worden dat Polen samen met Joegoslavië de sterkste bevolkingsverliezen had geleden tijdens de voorbije oorlog. En tenslotte weze vermeld dat de bezetting van de voorheen Duitse provincies een intense en snelle bevolkingstoename hebben bewerkstelligd van deze nieuwe territoren.

Sedertdien heeft zich een ander gezichtspunt gemanifesteerd welke het duidelijkst in de wet van 1956 en 1960 tot uiting komt.

a. De wet van 1956.

In april 1956 aanvaardde men een wet die tot doel had de praktijk van de vruchtafdrijving te officialiseren waarvan het minimum aantal op 300.000 werd geraamd. Deze wet werd niet ingegeven door teoretische of doktrinale overwegingen. Het ging er niet zozeer om de antinatale praktijken te bestrijden dan wel het klandestiene karakter ervan weg te nemen. De wet voorzag dat de geneesheer mocht

overgaan tot vruchtafdrijving wanneer een medisch voorschrift bestond, wanneer de bestaansvoorwaarden van het gezin moeilijk zijn en in geval van overmacht (verkrachting...).
De toepassing van deze wet botste op een aantal moeilijkheden, met name de tamelijke obscure tekst betreffende de interpretatie van sommige van deze voorschriften, een nijpend tekort aan hospitaalbedden, het krachtdadig verzet van de Kerk alsmede de door sommige geneesheren geuite vrees hierdoor een belangrijke bron van inkomsten te verliezen die uit klandestiene vruchtafdrijvingen voortspruiten. Talrijke geneesheren hebben eensdeels uit overtuiging, anderdeels uit eigen belang, de wet geboycot zodat de tekst van de wet van 1956 moest worden gewijzigd.

b. De wet van 1960.

De nieuwe wet bepaalt dat een eenvoudige mondelinge verklaring van de patiënt nopens deze moeilijke bestaansmiddelen van nu af aan volstaat om een toevlucht tot vruchtafdrijving te verrechtvaardigen. Om te vermijden dat de zaken langdurig aanslepen, zal de patiënt in geval van weigering door de geraadpleegde geneesheer, beroep kunnen doen op een medische commissie die zich binnen de drie dagen zal moeten uitspreken. De wet voorziet meteen maatregelen om de verkoop van contraceptieven aan te moedigen alsmede een kampagne voor een wenselijke beperking van het aantal kinderen.

De beweegreden van deze plotselinge radikale herzieningspolitiek spruit veel minder voort uit het bevolkingsaantal dan wel uit het ritme van de bevolkingsaangroei. De landelijke overbevolking stelde zich weliswaar minder scherp als voor de oorlog, maar de opslorpingskapaciteiten van het bevolkingspotentieel in de industrie was beperkt. Het is dus de vrees voor de toekomst welke deze herziening in de hand heeft gewerkt.

BIBLIOGRAFIE.

BOUSQUET: L'Islam et la limitation volontaire des naissances, in **Population**, I.N.E.D., 1950, janv.-mars nr 1.

HENRY L.: A propos d'une enquête sur la contraception en Grande-Bretagne, in **Population**, I.N.E.D., 1962, janv-mars, nr 1. blz. 65-74.

MANGIN M.R.: La politique néo-malthusienne au Danemark, in **Population**, I.N.E.D., 1962. janv.-mars, nr 1, blz. 75-96.

MERTENS C.: Birth regulation, an integrated Pastoral approach, in **Question of the Day** nr 9, The Talbot Press, Dublin, 1963 blz. 233-248.

MIKLASZ M.C.: La population polonaise: doctrines, politique et conflit religieuse, in **Population**, I.N.E.D., 1960, avril-mai nr 2, blz. 317-330.

RIALLIN J.L.: La prévention des naissances au Japon: politique, intentions moyens et résultats, in **Population**, I.N.E.D., 1960, avril-mai nr 2, blz. 333-352.

ROWNTREE G. — PIERCE R.M.: Birth Control in Britain, Pact. I, Attitude and Practice among Persons married since the First War, in **Population Studies**, XV, 1961, blz. 3-31.

SAUVY A.: **La prévention des naissances**, collect. Que sais-je? Presses Universiatires de France, Paris, 1962.

SUTTER J.: Bilan de la politique néo-malthusienne en Suède (1939-1957) in **Population**, I.N.E.D., 1960, août-sept., nr 4, blz. 677-702.

VLADIMIR S. — KUGERA M. — VYSUSILOVA D.: Une enquête sur la prévention des naissances et le plan familial en Tchéco-Slovaque, in **Population**, I.N.E.D., 1964, janv.-mars, nr 1, blz. 89.

Bibliografie

L. FREEMAN and H. GREENWALD,
Emotional Maturity in Love and Marriage,
Harper and Row, New York, 1961. (4,95 dollar).

Men kan zoeken naar het **wezen** van de echtelijke liefde. Het is eveneens mogelijk de ontwikkeling en de geschiedenis van diezelfde liefde te beschrijven. In dit laatste geval kan men niet anders dan een **conflictologie** van huwelijk en gezin opbouwen, want het huwelijk is beproeving.

Freeman en Greenwald hebben dit **als psychologen** gedaan. Zij behandelen achtereenvolgens de conflicten tijdens de verkering, de wittebroodsweken, in tijden van ziekte of van strijd om de dominatie. Een weg wordt gewezen naar de aanpassing van de problemen der alledaagsheid en naar de ware verstandhouding om een psychisch-gezond huwelijksleven te bevorderen. De moeilijkheden in verband met de seksuele compatibiliteit krijgen ook de passende aandacht. Er wordt een hoofdstuk gewijd aan de gehuwden wier partner overleden is, en een andere aan de personen die ongeschikt zijn voor de gehuwde levensstaat. Wij missen echter de behandeling van de problemen in verband met het ouderschap, de opvoeding en het samen ouder worden.

Ten slotte weze opgemerkt dat de hier bedreven psychologie stoelt op een mengsel van psychologisme en van «gezond verstand», wat niet belet dat het boek veel nuttige wenken voor de practijk bevat. A.K.

K. LEONHARD,

Instinkte und Urinstinkte in der menschlichen Sexualität,
F. Enke Verlag, Stuttgart, 1964.
(linnen: 34,50 D.M.; gebonden: 39, D.M.).

Een onmisbaar werk voor ieder geïnteresseerd medicus, psychiater en psycholoog! Alleen moet men eerst de «Biologische Psychologie» van dezelfde auteur eerst lezen om dit werk goed te kunnen begrijpen. Zoals de meeste onderzoekers op dit gebied was Leonhard in dit vroeger werk uitgegaan in de seksualiteit van de huidige doorsnee-mens om van hieruit de afwijkingen en perversies te verklaren. Bij dit onderzoek dat steunt op 194 gevallen werd hij door de feiten gedwongen het materiaal anders te verklaren. Hij leerde inzien dat de huidige z.g. onafhankelijke en zelfstandige geslachtsdrift samenhangt met strevingen, waaruit zij in de loop der psychogenetische ontwikkelingsgeschiedenis is ontstaan. Zo vond hij oer-instincten die ver achter ons liggen, waar toch nu nog in de huidige instincten, al is het in veranderde vorm voortleven en ook, **bij gelegenheid, in hun vroegere gedaante weer opduiken.** In dit werk (groot formaat!) van 376 bladzijden, tracht de auteur in het licht van deze grondhypothese begrijpelijk te maken: de pedaphilie, de incest, de zoöphilie, het exhibitionisme, het Juanisme, het sadisme, het masochisme, de lustmoord, het fetischisme, het transvestitisme, de nymphomanie, de satyriasis, het voyeurisme, de skoptophilie, het genitalingus, de nekrophilie, de pyromanie, de homoseksualiteit, enz...

Men kan in dit werk enorm veel bijleren.

A.K.

Belgische Geneesherenvereniging Sint-Lucas

(*Vereniging zonder winstgevend doel*)

Algemeen Voorzitter: Dr. Ch. de Gheldere
Algemeen Secretaris: Dr. M. Kivits — *Penningmeester*: Dr. J. Gillis
Algemeen Secretariaat: IJzerlaan 19, Brussel 4.
Tel. 35.36.02

Geneesherenvereniging Sint-Lucas Aalst, Dirk Maertensstraat 24 - Aalst.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Antwerpen, Moorkensplein 13 - Antwerpen
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Brugge, Torenbrug 1 - Brugge
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Brussel, Jubileumlaan 145 - Brussel 2
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Gent, Ferrerlaan 210 - Gent
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Limburg, Diestersesteenweg 76 - St-Truiden
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Mechelen, Nekkerspoel 121 - Mechelen
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Sint-Niklaas, Hofstraat 52 - St-Niklaas W.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Turnhout, de Mérodelei 176 - Turnhout.

Medische Sint-Lucasjeugd

Medische Sint-Lucasjeugd Gent, K.V.C. Kortrijkse Poortstraat 160 Gent.
Sint-Lucasgilde der Studenten, *Leuven*, Pater Damiaanplein 13 Leuven

Medische hulp aan centraal-Afrika

Algemeen Secretariaat: Louis Schmidtlaan 111 - Brussel 4.

—

